

периоде предотвращает прогрессирование тугоухости после шестимесячного возраста и улучшает прогноз таких детей в дальнейшем [1, 2, 4]. Кроме того в руководстве по фармакотерапии новорожденных детей (Neofax 2011) назначение ганцикловира рассматривается как профилактика прогрессирующей потери слуха и задержки психомоторного развития связанного с симптоматической ВЦМВИ [5].

Целью нашей работы явилась оценка эффективности этиотропного лечения пациентов с ВЦМВИ, у которых были обнаружены изменения органа слуха, с учетом клинического исхода.

Материалы и методы: В исследование было включено 12 пациентов с ВЦМВИ, имевшие патологические изменения аудиологического теста и получившие терапию ганцикловиrom.

Верификацию возбудителя проводили методом ПЦР (определение ДНК ЦМВ) крови, мочи и ликвора при помощи амплификатора ROTOR-GENE 6000 с использованием тест систем «Ампли Сенси CMV-FL». Слух оценивали с помощью отоакустической эмиссии (ОАЭ) и коротколатентных слуховых вызванных потенциалов. Слух считали нормальным при получении положительного результата ОАЭ с 2-х сторон. Нарушение слуховой функции определяли по отрицательному результату ОАЭ или по сниженной амплитуде ОАЭ. В возрасте 12 месяцев исследование повторяли ($n = 12$).

Ганцикловир в разовой дозе 6 мг/кг веса внутривенно, использовали в растворе в дилуанте (Sol. Natrii chloridi 0,9% или Sol. Glucosae 5%), 2 раза в сутки, через каждые 12 часов (медленное введение в течение 1 часа) в рабочей концентрации от 2 до 10 мг/мл в течении 3-х недель. Медиана курса лечения составила Ме (P25-P75) 21[21;21] дней. Самый короткий курс был продолжительностью 13 дней, длинный — 51 день.

В период лечения проводили регулярный контроль картины периферической крови и функции почек, печени. Каждые 5 дней оценивали общий анализ крови с подсчетом эритроцитов, нейтрофилов, тромбоцитов. Один раз в 7 дней определяли активность АЛТ, АсАТ, уровень билирубина, креатинина и мочевины. После окончания курса лечения контрольное исследование крови и мочи на ДНК ЦМВ методом качественной ПЦР. Эффективность лечения оценивали по наличию неблагоприятных исходов со стороны органа слуха у пациентов в возрасте 1 года, а так же по развитию побочных эффектов во время лечения.

Результаты исследования: В результате исследования слуховой функции у пациентов с ВЦМВИ в возрасте первых 3-х месяцев жизни были выявлены следующие параметры: 7 (58,3%) детей имели сниженную регистрацию ОАЭ, 5(41,7%) не прошли аудиологический тест, т.е. имели отрицательный результат ОАЭ. Все пациенты получили курс терапии ганцикловиrom, при чем в неонатальном и постнатальном периоде лечение было у одинакового числа 6(50%) пациентов.

Побочные эффекты на терапию с развитием панцитопении не были выявлены ни в одном случае.

Анализ состояния слухового анализатора в результате наблюдения за пациентами в катамнезе в течение 12 месяцев выявил, что у 9 (75%) пациентов нарушения слуха не определялось, а в 3(25%) случаях развилась НСТ 2—4 степени.

Приводим краткое описание негативных последствий ВЦМВИ на орган слуха у трех пролеченных пациентов. В одном случае терапия была начата в раннем неонатальном периоде, однако клиренс крови от ЦМВ после 21 дня лечения ганцикловиrom не был достигнут. После повторного курса терапии ДНК ЦМВ в крови продолжала определяться. Вероятно, данный пациент был инфицирован ЦМВ, резистентным к ганцикловиру. Катамнез определил в возрасте 1-го года двустороннюю НСТ 3—4ст.

Во втором случае пациент получил лечение в возрасте 10 месяцев жизни, однако в возрасте 12 месяцев у него уже сформировались необратимые изменения со стороны слухового анализатора в виде двусторонней НСТ 3ст.

В третьем случае ребенок получил этиотропную терапию в возрасте 4,5 месяцев жизни по поводу односторонней НСТ 4 ст, частичной атрофии зрительного нерва. В возрасте 12 месяцев анализ сенсорных органов определил отсутствие изменений на глазном дне и НСТ 2 степени, которая не требовала использования пациентом слухового аппарата.

Таким образом, пациенты с ВЦМВИ представляют группу риска по развитию НСТ. Применение ганцикловира у пациентов с нарушенным слухом при ВЦМВИ в неонатальном и грудном возрасте хорошо переносится, позволяет добиться нормализации функции слухового анализатора в возрасте 12 месяцев в 75% случаев, и в результате улучшить качество жизни таких пациентов.

Литература

1. Amir, J. Treatment of symptomatic congenital cytomegalovirus infection with intravenous ganciclovir followed by long-term oral valganciclovir / J.Amir, DG. Wolf, I. Levy / Eur J Pediatr. — 2010. — Vol.169. — P.1061—1067.
2. Ganciclovir therapy for congenital cytomegalovirus infection in newborn infants: a meta analysis / JT Hu [et al.] // Zhongguo Dang Dai ErKeZaZhi. — 2010. — Vol.12. — P.35—39.
3. Newborn hearing screening and detection of congenital cytomegalovirus infection/ E. K. Stehe [et al.] // Pediatrics. — 2008. — Vol.121(5). — P. 970—975
4. Treatment of children with congenital cytomegalovirus infection with ganciclovir / M. G.Michaels [et al.] // Pediatr. Infect. Dis. J. — 2003. — Vol.22. — P.504—509
5. Young, T.E Neofax 2011 / T.E. Young, B. Mangum / 24thedition. ThomsonReuters. — 2011. — P.412

ИНТЕРАКТИВНОЕ ЧТЕНИЕ ЛЕКЦИЙ ПО ДЕТСКИМ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

Астапов А.А.

УО «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Преобладающее большинство инфекционной патологии у детей можно объединить в ряд ведущих клинических синдромов, когда дифференциальную диагностику нужно проводить между 10—20 инфекционными заболеваниями.

Наиболее часто встречается респираторный син-

дром, который может быть вызван респираторными вирусами, бактериями и атипичной флорой. Значительно реже встречаются следующие синдромы: диарейный, поражения миндалин, желтушный, менингеальный, генерализованной лимфаденопатии, появления болей в области суставов, судорожный синдром и нарушение сознания. Наибольшие сложности в дифференциальной диагностике представляет гипертермический синдром, когда высокая температура сохраняется длительное время (>7 суток) с микросимптоматикой, которую трудно обнаружить молодому врачу.

В клинической практике есть также синдром, когда на кожных покровах имеются изменения, в виде очагового высыпания кожи — это синдром экзантем. При чтении лекции по этому синдрому мы интригуем студентов, чтобы активизировать их зрительное восприятие, посвященное этой тематике. В начале изложения материала студентам демонстрируется несколько слайдов с высыпаниями на коже и им задается вопрос в отношении различий в этих высыпаниях. Ответ бывает неоднозначный и чаще всего студенты лишь пожимают плечами, не зная, что ответить.

В дальнейшем дается характеристика первичных и вторичных элементов сыпи с их подробной характеристикой.

Затем перечисляются вопросы, на которые необходимо получить ответы от пациента или его родственников:

- с чем родители ребенка связывают заболевание ребенка,
- эпидемическая ситуация в ДДУ или школе,
- время появления сыпи от начала болезни,
- наличие этапности появления сыпи,
- зуд кожных покровов или элементов сыпи,
- наличие потливости,
- характер температурной кривой,
- последовательность угасания сыпи и день начала угасания.

Следующий слайд посвящен врачебной оценке экзантем:

- характер сыпи (мелкопятнистая, крупнопятнистая, папулезная, везикулезная, геморрагическая и т.д.),
- оценке преимущественной локализации сыпи (боковая поверхность туловища, лицо, волосистая часть головы, стопы, кисти, затылок и т.д.),
- количеству элементов сыпи (обильная, не обильная, единичные элементы высыпаний),
- размеры элементов сыпи в мм (самые мелкие и самые крупные),
- цвет элементов сыпи,
- фон кожи вокруг элементов сыпи,
- наличие зуда,
- сухость кожных покровов.

После врачебной оценки экзантем приводится список инфекционных заболеваний при которых ведущим в клинической картине болезни является экзантема. Это — ветряночная оспа, скарлатина, псевдотуберкулез, внезапная экзантема, инфекционная эритема, энтеровирусная инфекция, корь, краснуха. Этот список приводится по мере убывания количества больных в Республике Беларусь.

В последующем на лекции демонстрируется сыпь на коже и слизистых при определенном инфекцион-

ном заболевании и студентам задается вопрос чтобы они сами оценили характер сыпи с коррекцией лектором. После демонстрации этих слайдов приводится слайд на котором имеются опорные клинические симптомы, характерные для этого заболевания.

Такой методикой чтения лекций разбираем 9—10 инфекционных заболеваний с наличием сыпи на кожных покровах. В заключительной части лекции приводим заболевания неинфекционной этиологии с наличием высыпаний на коже.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА, АССОЦИИРОВАННОГО С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, У ДЕТЕЙ

Бабаходжаев С.Н., Валиев А.Г., Касымов О.Ш.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний, г. Ташкент, Узбекистан

В настоящее время особенности клинического течения, исходов и осложнения сальмонеллезной и цитомегаловирусной микст инфекции не изучены [3]. Не выявлены также причины тяжелого течения заболевания и непредсказуемые осложнения [2]. На фоне выраженной интоксикации патологического процесса при микстинфекциях во всех органах и системах отмечаются глубокие сдвиги биохимических процессов, что приводит к резкому снижению иммунной системы ребенка, наблюдаются поражения центральной нервной системы (ЦНС) в виде нейротоксикоза, серозного менингита и очаговых поражений [1, 4, 5].

Под наблюдением находились 85 детей в возрасте от 1 мес. до 3 лет, больных гастроинтестинальной формой сальмонеллеза, вызванного сальмонеллой тифимуриум. У всех больных детей при поступлении в стационар сальмонеллезная инфекция подтверждалась бактериологически и серологически, цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) подтверждалась в ИФА с использованием тест-систем «Вектор Бест» (Россия). В основную группу вошли 55 (65,0%) детей раннего возраста, больных сальмонеллезом, ассоциированным с ЦМВ (основная группа). Кроме того, обследовано 30 (35,0%) детей указанного возраста, больных сальмонеллезом, вызванным сальмонеллами тифимуриум, без сопутствующих инфекций (контрольная группа). Критериями оценки степени тяжести заболевания служили: острота развития болезни, выраженность токсикоза и эксикоза, высота и продолжительность температурной реакции, степень и продолжительность желудочно-кишечных расстройств, наличие тяжелых осложнений (ДВС-синдром, пневмония, менингоэнцефалит, вовлечение в патологический процесс сердечно-сосудистой системы, ЦНС, органов ретикуло-эндотелиальной системы и др.). Для распределения больных детей по тяжести сальмо-